

**РИСК ПИЛЕФЛЕБИТА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ***Фурсов А.Б., Адылханов Ф.Т., Фурсов Р.А.*

НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан

Введение. Статистические показатели сосудистых тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у беременных в 4-5 раз выше, чем у небеременных [1]. При изучении модели прогнозирования риска венозных осложнений в послеродовом периоде «абсолютный показатель венозной тромбоэмболии» составил от 7,2 до 7,9 случаев на 10000 родов. Но, показатель этот касался только тромбоза глубоких вен (ТГВ) и легочной эмболии в течение первых шести недель после родов [2]. На самом деле частота венозных тромбозов в общей популяции беременных женщин выше. Избыточная прегравидарная масса тела, ожирение, диабет, метаболический синдром, абдоминальные операции (например, аппендэктомии), а также множество иных факторов, могут многократно повышать риск ТЭО. Проведение антикоагулянтной профилактики и лечения вторичного пилефлебита после аппендэктомии недостаточно изучено, недостаточно данных о показателях потенциальных рисков развития пилефлебита в послеоперационном периоде и взаимосвязи с другими ТЭО.

Цель работы. Изучить потенциальные риски развития тромбоэмболических осложнений у беременных с метаболическими нарушениями после аппендэктомии и эффективность антикоагулянтной профилактики и лечения в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Исследованию подвергнуты беременные женщины, оперированные в отделении хирургии по поводу острого аппендицита в различные сроки гестации, у которых наблюдались различные по тяжести сосудистые ТЭО. Работа включала ретроспективный и проспективный анализ, результаты антикоагулянтной профилактики и лечения, осложнения, возникшие после аппендэктомии у лиц с избыточной массой тела и ожирением. Стратификация выборки произведена в соответствии с классификатором МКБ -10. Критериями включения были: все возможные диагнозы венозной тромбоэмболии, указанные в историях болезни, с последующим анализом трансвагинального УЗИ, цветной доплеровской сонографии, МРТ, интраоперационных данных, показателей крови, и др. Для определения персонифицированного тромботического риска и дальнейшей стратегии антитромботической профилактики и терапии при госпитализации применяли шкалу, рекомендованную регламентирующим протоколом при беременности в соответствии с консенсусом PROG-2015. Кроме того, использовали общепринятые шкалы риска ТЭО Carpiñi и Geneva в которых учитывались показатели индекса массы тела (тяжесть ожирения), сопутствующие метаболические нарушения и другие параметры. Статистические расчеты выполнялись с применением программного обеспечения Statistica 10.0 и SPSS.23.

Результаты и обсуждение. Отобраны истории болезни 260 женщин с острым аппендицитом, состоящие на «Д» учете у гинеколога и сосудистого хирурга. Средний возраст $24 \pm 3,3$ года. У 64 человек беременность первая, у 196 – вторая или третья. Из всех госпитализированных 156 (60%) оперировали в III триместре; 65 (25%) – во II; 39 (15%) – в I. Флегмонозный аппендицит превалировал (192 чел. – 73,8%). Гангренозный аппендицит был у 64 (24,6%) беременных, катаральный аппендицит у 4 (1,5%). Во всех случаях имелся серозно-гнойный перитонит. Догоспитальный период превышал 12 часов (из-за сложности диагностики и т.д.). Все женщины имели избыточную прегравидарную массу тела, индексы массы тела (ИМТ) соответствовали ожирению 1-2 степени. У 48,5% отмечались метаболические изменения (гипергликемия, нарушение липидного спектра крови, повышение АД и др.). Антикоагулянтная профилактика начиналась в

дооперационном периоде сразу с момента поступления в хирургический стационар. У 208 (78,0%) беременных в анамнезе отмечались хронические заболевания вен и тромбофлебиты нижних конечностей. Остальные 52 (22,0%) женщины сосудистые изменения связывали с наступлением беременности и увеличением веса. Интраоперационно у 52 (25,2%) наблюдали выраженное варикозное расширение вен матки (из них 45 оперированы в третьем триместре). У всех лиц в послеоперационном периоде диагностированы различные ТЭО (тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен конечностей), несмотря на проведение мероприятий по профилактике в соответствии с рекомендациями (шкалы риска PROG-2015, Carpinì, Geneva). Методом регрессивного анализа Кокса изучено: а) соотношение значений степеней риска при подсчете разными шкалами; б) отношение рисков развития ТЭО при сочетании тяжести состояния до операции и степени метаболических нарушений, ИМТ, наличия варикозно расширенных маточных сосудов и т.д. Выявлено, что в раннем послеоперационном периоде у 3 беременных развились признаки пилефлебита сочетающиеся с клиническим утяжелением метаболических нарушений (уровень гликемии, липидов, триглицеридов, изменения коагулограммы, печеночного метаболизма и т.д.). Выявлена высокая корреляционная зависимость показателей (r) Pirsona (до 0,75) у беременных с развившимся послеоперационным пилефлебитом и у которых интраоперационно определялись выраженные варикозно расширенные вены матки. Соотношение рисков развития пилефлебита и ТГВ у таких женщин после аппендэктомии составило 0,24:0,58. Риски летального исхода с учетом среднестатистических показателей среди женщин, прооперированных по поводу аппендэктомии и с поправкой на средний показатель летальности при развитии пилефлебита среди популяции на 10000 человек ставили 0,9:1,0. Соотношение рисков ТЭО и пилефлебита при ожирении во втором триместре выше, чем в третьем.

Выводы.

1. Развитие ТЭО в период беременности остается актуальной проблемой медицины, несмотря на внедрение современных препаратов и активную тактику антитромботической профилактики.
2. Использование различных шкал для определения степени риска ТЭО в значительной степени оправдано, хотя они не в полной мере удовлетворяют клиницистов.
3. Наличие ожирения и метаболических нарушений соответствуют уровню риска аппендэктомии (по PROG-2015) и должны быть добавлены в шкалу риска, учтены в практике врача.
4. Наличие варикозного расширения вен матки выявленного интраоперационно у беременных вовремя аппендэктомии указывает на высокий риск ТЭО и крайне высокую вероятность развития пилефлебита в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Khan, F. Diagnosis and management of deep vein thrombosis in pregnancy / F. Khan, C. Vaillancourt, G. Bourjeily // BMJ. – 2017. – Vol. 357. – P. 2344.
2. Development and validation of risk prediction model for venous thromboembolism in postpartum women: multinational cohort study / A.A. Sultan [et al.] // BMJ. – 2016. – Vol. 355. – P. 6253.